

令和元年度管理者研修

「訪問看護ステーションにおける質の評価」

～事業所自己評価ガイドラインの活用方法を学びましょう～

開催日時 令和元年8月24日(土) 13:30～16:30

会場 愛知県看護協会 1階 T1-A

〒466-0054 名古屋市昭和区円上 26-15

内容及び講師

時間	内容	講師
13:30 ～ 13:50	ミニセミナー 「睡眠時無呼吸症候群について」	帝人在宅医療株式会社
14:00 ～ 15:00	講義 「自己評価ガイドラインの活用法を知る」	在宅総合センター ケアシス訪問看護ステーション 部長 訪問看護認定看護師 前野美紀氏
15:10 ～ 16:10	講義 「自己評価ガイドラインの活用の実際」 質疑応答	愛知県看護協会 教育センター 訪問看護認定看護師教育課程 主任教員 訪問看護認定看護師 真下美枝子氏

参加定員 100名

受講料 会員 2,000円 非会員 4,000円

申込み方法 参加申込書にて必要事項をご記入の上、7月10日(水)までにFAXにてお申し込み下さい。申込期限後、受講可否の連絡を差し上げます。

申込先 一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
FAX 052-746-6011

主催 一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
連絡先 TEL 052-746-6007 FAX 052-746-6011
E-MAIL aichi-visiting-ns@aichi-vnc.jp



申込期限：令和元年 7 月 10 日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	052-746-6011				

令和元年度管理者研修参加申込書

○令和元年度管理者研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
住所			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただきますので、優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いします。

一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会

TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：令和元年 7 月 10 日(水)

F A X 送 信 票		送信日	年	月	日
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX 番号	052-746-6011				

令和元年度管理者研修参加申込書

○令和元年度管理者研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
住所			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただきますので、優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)
一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：令和元年 7 月 10 日(水)

F A X 送 信 票 送信日 年 月 日	
発信先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
FAX 番号	052-746-6011

令和元年度管理者研修参加申込書

○令和元年度管理者研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX 番号	
Eメール			

○参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただきますので、優先順位でご記入ください。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可 ・ 不可
2			可 ・ 不可
3			可 ・ 不可

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会

TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011

申込期限：令和元年 7 月 10 日(水)

F A X 送 信 票 送信日 年 月 日	
発 信 先	一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
FAX 番号	052-746-6011

令和元年度管理者研修参加申込書

○令和元年度管理者研修への参加を希望します。

(フリガナ) 施 設 名			
会員番号		氏 名	
電話番号		FAX 番号	
振 込 日			

参加される方をご記入ください。

※申し込み多数の場合は、人数の制限をさせていただきます。

職 種	氏 名

○申し込み期限後、受講結果を FAX でお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。

※様式は当協議会ホームページからダウンロードすることもできます。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011